

國防大學「新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)」健康聲明書

請確實填報此表，以保障您及家人的健康

填表年/月/日：____/____/____

姓名：_____ 性別：男 女

出生年/月/日：____/____/____

單位：_____ 級職：_____ 聯絡電話：_____

戶籍地址：_____

1. 量測體溫：_____度。(大於 37.5°C，戴口罩後立即就醫。)

2. 自我評估是否出現以下症狀？

發燒(大於 37.5°C)

咳嗽

流鼻水

腹瀉

嗅味覺異常

全身倦怠

四肢無力

呼吸困難

水泡

【有上述症狀，戴口罩後立即就醫。】

無。

3. 填表日開始算起前 14 天之內，是否曾與診斷為(疑似)「新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)」之個案密切接觸(密切接觸指曾照顧嚴重特殊傳染性肺炎個案、或與其共同居住、或曾直接接觸其呼吸道分泌物及體液)。

是→依分類管制表實施管制。

否。

4. 填表日開始起算前 14 天之內，是否曾出國或與返國親友密切接觸(於密閉空間內，曾經有長時間(大於 15 分鐘)面對面之接觸)?

是→請填寫國家

否。

5. 填表日開始起算前 14 天之內，疫情警示簡訊通知，您曾與「新型冠狀病毒肺炎」確診個案同時位於同一地點?

是→依分類管制表實施管制。

否。

6. 填表日開始起算前 14 天之內，是否與確診者、居家檢疫、自主健康管理人員接觸?

是→依分類管制表實施管制。

否。

7. 填表日開始起算前 14 天之內，是否曾接收到衛生福利部通知(簡訊、電話聯繫)需自主健康管理或居家隔離?

是→依分類管制表實施管制。

否。

8. 是否已接種完成 2 劑以上的 COVID-19 疫苗並已滿 14 天?

是，第 2 劑施打年/月/日：____/____/____。

否→需檢附 2 日內快篩或 PCR 陰性證明使得進入營區

單位：_____ 簽名：_____

國防大學關心您

如您有疑似「新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)」症狀：額溫(37.5°C)或耳溫(38°C)、咳嗽、流鼻水、腹瀉、嗅味覺異常、全身倦怠、四肢無力、呼吸困難及水泡等症狀，請主動通報救己救人。

國防大學疫情通報電話

率真校區：303295、復興崗校區：604688、中正嶺校區：316119